THÈSE

N° 21.

SUR

L'APOPLEXIE;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 février 1824, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR MAURICE SADOURNY, d'Auzat-sur-Allier,

Département du Puy-de-Dôme;

Bachelier ès-lettres; ex-Interne des hôpitaux civils de Paris.

Medicinam sola fecit observatio, eamque sola perficiet.

BAGLIVI.

A PARIS,

E L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1824.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

MESSIEURS	MESSIEURS
LANDRÉ-BEAUVAIS, DOYEN.	
ALIBERT.	FIZEAU.
BÉCLARD, *Examinateur.*	FOUQUIER.
BERTIN.	GUILBERT.
BOUGON, *Suppléant.*	LAENNEC.
BOYER.	MARJOLIN, *Examinateur.*
CAYOL.	ORFILA.
CLARION.	PELLETAN FILS.
DENEUX.	RÉCAMIER.
DÉSORMEAUX.	RICHERAND, *Président.*
DUMÉRIL, *Examinateur.*	ROUX.
DUPUYTREN.	ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.	LEROUX.
DE JUSSIEU.	MOREAU.
DES GENETTES.	PELLETAN.
DEYEUX.	PINEL.
DUBOIS.	VAUQUELIN.
LALLEMENT.	

Agrégés en exercice.

ADELON.	KERGARADEC.
ALARD.	MAISONNABE.
ARVERS.	MOREAU, *Examinateur.*
BRESCHET, *Suppléant.*	MURAT, *Examinateur.*
CAPURON	PARENT DU CHATELET.
CHOMEL.	PAVET DE COURTEILLE.
CLOQUET AÎNÉ.	RATHEAU.
COUTANCEAU.	RICHARD.
DE LENS.	RULLIER.
GAULTIER DE CLAUBRY.	SÉGALAS.
GUERSENT.	SERRES.
JADIOUX.	THÉVENOT.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES,

A LA PLUS TENDRE DES MERES.

La tendresse filiale vous dédie le premier fruit de mes études. puisse ce témoignage de respect et de reconnaissance vous dédommager de tant de sacrifices que vous avez faits pour mon instruction et pour mon bonheur!

A MONSIEUR

LE BARON FAVARD-DE LANGLADE,

Député du département du Puy-de-Dôme; Conseiller-d'État, etc.

A MONSIEUR

LE CHEVALIER RICHERAND,

Professeur à la Faculté de médecine de Paris; Chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis; Commandeur et Chevalier de plusieurs ordres nationaux et étrangers; Membre de plusieurs académies, etc.

Faible témoignage de respect et de reconnaissance.

M. SADOURNY.

THÈSE

SUR

L'APOPLEXIE.

PRESQUE tous les médecins qui ont écrit sur l'apoplexie ont eu des opinions tout-à-fait opposées sur le siége et la nature de cette maladie. Il ne s'agit pour s'en convaincre, que de jeter un coup-d'œil rapide sur les divers sentimens qui ont régné dans les écoles. En effet, *Arétée* faisait dépendre l'apoplexie de la stagnation subite du sang ou de la déperdition subite de la chaleur innée.

Boerhaave, voulant déterminer le siége de cette maladie, a trépané plusieurs chiens. Pour pouvoir irriter le cerveau, il a appliqué des stimulans sur la dure-mère, sans produire de convulsions. Une irritation bornée à la substance corticale du cerveau n'a pas produit des effets plus marqués. Mais l'irritation de la substance médullaire excite des convulsions effrayantes, qui se terminent en quelques minutes par la paralysie des muscles soumis au mouvement volontaire ; la respiration et la circulation peuvent encore se prolonger pendant sept à huit heures. Si l'instrument était porté sur le *cervelet*, la circulation et la respiration cessaient trois ou quatre minutes après. Une semblable irritation étant déterminée sur la moelle allongée, il en résultait des convulsions, comme dans les expériences précé-

dentes, et la cessation des mouvemens vitaux, de la circulation et de la respiration.

Galien, pour en déterminer également le siége, enfonça un bistouri entre l'occipital et la première vertèbre d'une jument. Lorsque l'instrument fut parvenu dans le quatrième ventricule, l'animal tomba, et mourut apoplectique. Il conclut de cette expérience que l'écoulement des esprits animaux sécrétés dans l'intérieur des ventricules produisait l'apoplexie.

Avicennes s'attacha à prouver que la cessation des mouvemens sensitifs et moteurs était l'une des principales causes de la maladie qui m'occupe. Il était donc réservé à l'anatomie pathologique d'en donner des connaissances bien plus précises; ce qu'a fait *Wepfer* dans l'ouvrage qui a pour titre *Observationes anatomicæ in cadaveribus eorum quos sustulit apoplexia.* Dans cet ouvrage, il combattit avec force les opinions de *Galien.* L'auteur de ces recherches s'est élevé par degrés des histoires particulières à des résultats généraux. Dans le sujet de sa première observation, il a remarqué après la mort un épanchement sanguin considérable entre la dure-mère et la pie-mère ; dans un autre, il a trouvé un caillot de sang dans la partie moyenne du lobe droit du *cerveau* ; enfin, dans un troisième, une sérosité lymphatique épanchée dans les ventricules latéraux.

Morgagni rapporte dans ses épîtres 2, 3 et 4 un grand nombre d'observations propres à donner un grand développement aux recherches de *Wepfer.* Quant aux divisions de cette maladie, *Rivière*, célèbre médecin de Montpellier, fut le premier qui en parla. Il prit pour base de la division des apoplexies les liquides épanchés dans le cerveau. A l'ouverture des cadavres, il trouva dans ce dernier organe, tantôt du sang épanché, tantôt de la sérosité; et fit dès-lors deux espèces d'apoplexie, l'une qu'il nomma *sanguine*, et l'autre *séreuse.*

Cette division fut généralement adoptée, et *Morgagni* fut un de ses plus zélés défenseurs. Les successeurs de *Rivière*, quoique s'occu-

pant beaucoup d'anatomie pathologique, adoptèrent sa division, et reconnurent comme lui l'apoplexie sanguine et séreuse.

Plusieurs y joignirent une troisième espèce, qu'ils nommèrent *nerveuse : Lancisi* et *Willis* sont de ce nombre.

Cette espèce d'apoplexie, d'après M. *Pinel*, devint funeste au célèbre *Malpighi*. M. *Luillier Winslow* (Dictionnaire des sciences médicales) en a admis huit espèces ; il pense que toute cause comprimante qui agit sur le cerveau doit produire des effets identiques.

M. *Serres* (Annuaire médico-chirurgical) en reconnaît deux espèces, l'une qu'il nomme *méningée*, l'autre *cérébrale*. Son mémoire contient d'excellentes observations : mais n'aurait-il pas confondu la congestion cérébrale avec l'apoplexie ?

Les recherches de M. *Lallement* de Montpellier, de MM. *Rostan* et *Rochoux*, viennent de répandre un grand jour sur la maladie dont je m'occupe. Ils prouvèrent par un grand nombre d'observations qu'on trouvait constamment après la mort du sang épanché dans le cerveau. On peut donc, d'après eux, ne donner le nom d'*apoplexie* qu'à l'*hémorrhagie cérébrale*.

Causes.

Causes prédisposantes. Le tempérament sanguin et pléthorique, un cou court, une tête volumineuse, une poitrine très-dilatée, l'âge de quarante à soixante ans, disposent à cette maladie.

L'hypertrophie d'une, de plusieurs ou de toutes les cavités du cœur, en augmentant la force d'impulsion de cet organe, produit le même effet. A ces causes les auteurs en ont ajouté un grand nombre, telles que l'ossification des artères carotides à leur passage sur la selle turcique, celle des sinus de la dure-mère (*Lancisi*), de la faux du cerveau (*Morgagni*) ; les maladies des méninges (*Récamier*, mémoire de la soc. méd. d'émulation, an 5, p. 472), les calculs, les tubercules, les hydatides du cerveau, la compression

de ce viscère par les exostoses développées à la face interne du crâne, l'oblitération d'une artère principale (*Richerand*).

L'apoplexie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme après l'époque de la naissance. Cette maladie affecte particulièrement les vieillards. Cette disposition augmente vers soixante ans, et diminue passé soixante-dix. M. *Richerand* pense qu'on doit l'attribuer à ce que le cerveau, par suite du cercle qu'a parcouru l'énergie vitale dans les âges antérieurs, est devenu le centre de fluxion.

Les gens de cabinet, par de fortes contentions d'esprit, font de leur cerveau un point central d'irritation qui les dispose à l'apoplexie. L'abus des alimens succulens, l'excès des liqueurs alcoholiques favorisent le développement de cette maladie.

D'après ce qu'on observe journellement, il est difficile de ne pas croire que l'hérédité ne contribue en rien au développement de l'apoplexie.

L'apoplexie peut survenir à tous les âges. M. *Serres* l'a vue à celui de trois ans.

Cullen a remarqué des apoplectiques qui n'avaient que six vertèbres cervicales. Le même auteur a vu, chez une personne, un stéatome dans l'abdomen comprimer l'aorte chaque fois qu'on exerçait une compression sur cette tumeur. La malade était affectée d'une véritable apoplexie momentanée.

Causes occasionnelles. Les causes prédisposantes, en continuant d'agir, peuvent devenir *occasionnelles.* Au nombre de ces dernières, on range l'ivresse, la suppression des menstrues, des lochies, du flux *hémorrhoïdal*, une chute, des coups violens sur la tête, des emportemens de colère, l'usage immodéré des narcotiques, la joie subite et très-vive, le travail de l'accouchement, toute espèce de pression soutenue et exercée par les vêtemens, comme une cravate trop serrée; les corps de baleine, en gênant la circulation cérébrale, peuvent déterminer l'apoplexie.

L'apoplexie des nouveau-nés est toujours le résultat de la gêne apportée à la circulation cérébrale par la compression de la tête au passage, celle du cou par quelques tours du cordon, celle de tout le corps par un maillot trop serré, etc., etc.

Quant à l'inflammation du tube digestif, il est des praticiens qui pensent qu'elle peut déterminer l'apoplexie ; ce qui constituerait l'*apoplexie sympathique*. Mais il en est d'autres aussi, et M. *Serres* est de ce nombre, qui considèrent l'inflammation du canal digestif comme le résultat de l'emploi de l'émétique dans cette maladie, et non point comme cause de cette dernière.

Une cause occasionnelle des plus fréquentes, c'est la réplétion trop considérable de l'estomac par les alimens. *Daubenton* va nous en offrir un exemple. Élu membre du sénat, il s'était empressé de faire un dîner plus copieux qu'à l'ordinaire pour se rendre à la première séance. Peu de temps après son arrivée, il rejeta une partie de son dîner ; et on fut obligé de le ramener dans son logement, où il offrit tout le côté gauche paralysé. Malgré le traitement le mieux administré, *Daubenton* succomba quelques jours après cette attaque.

Symptômes de l'apoplexie. Le début de cette maladie a lieu, le plus souvent, d'une manière instantanée ; quelquefois cependant elle offre les prodromes suivans : tintemens d'oreilles, somnolence, vertiges, sommeil profond, ronflant ; douleur de tête, affaiblissement d'un ou de plusieurs sens, diminution ou perte de la mémoire, engourdissement des membres, face rouge et animée, battemens très-prononcés des artères carotides et temporales, refroidissement des extrémités inférieures.

Mais ces signes sont très-incertains, et on ne doit leur accorder de valeur que lorsqu'ils se montrent chez un individu offrant les dispositions apoplectiques dont j'ai parlé plus haut.

L'attaque d'apoplexie peut être faible ou forte ; la marche peut être plus ou moins rapide ; mais, quelle que soit sa faiblesse ou son

intensité, elle offre constamment les deux symptômes suivans : le trouble du sentiment et la paralysie. Je vais d'abord m'occuper de ces deux symptômes, puis j'en examinerai un grand nombre d'autres qu'on rencontre quelquefois dans l'*apoplexie*, mais qui ne lui appartiennent pas spécialement.

Trouble du sentiment. Il se rencontre constamment. Tantôt c'est une simple difficulté dans l'exercice des fonctions de l'entendement ; tantôt c'est une perte de connaissance complète qui rend le malade étranger à tout ce qui se passe autour de lui.

Paralysie. Elle présente une foule de degrés variables. Quelquefois un seul organe de la vie de relation est affecté ; assez souvent il y en a plusieurs; enfin, dans quelques cas, la paralysie est générale. Elle affecte très-rarement les yeux et le larynx. Souvent un des côtés de la langue est paralysé : cet état est accompagné d'une grande difficulté dans l'articulation des mots. La paralysie d'un des côtés de la face s'observe aussi très-souvent. Alors l'air expiré gonfle la joue affectée, et produit, en s'échappant, un mouvement qu'on compare à l'action de fumer. (Suivant M. *Landré-Beauvais*, ce phénomène est d'un mauvais augure.)

On voit rarement un seul membre paralysé; ordinairement le bras et la jambe du même côté sont pris ; c'est ce qui constitue l'*hémiplégie.* La paralysie peut affecter en même temps le sentiment et le mouvement, ou bien affecter un de ces deux derniers : elle porte alors le nom de *paralysie de mouvement* ou *de sentiment.* Au moment de l'invasion, la face prend une coloration qui ne lui est point habituelle ; les veines cervicales et faciales se gonflent, la langue s'embarrasse, la vue se trouble, ensuite l'ouïe. Si le malade se trouve debout, il tombe sur le côté qui par la suite sera paralysé ; il perd le sentiment et la connaissance de son état. Le pouls offre des variétés sans nombre ; aussi ne peut-il servir à éclairer notre diagnostic ; il est quelquefois fort, plein et dur ; quelquefois rare ou fréquent, inégal, intermittent; assez souvent naturel. La respiration est ordinaire-

ment gênée, stertoreuse ; quelques heures après l'invasion, elle se ralentit beaucoup ; le cœur précipite alors ses mouvemens. M. *Serres* a cru remarquer que, dans les premiers jours de l'attaque, la respiration était égale des deux côtés, mais que par la suite la poitrine se dilatait inégalement, un des côtés étant comme frappé d'immobilité. Ce symptôme est très-loin d'être constant ; car, à la Salpêtrière et à Bicêtre, où l'on observe un grand nombre d'apoplexies, rarement on rencontre ce symptôme.

Contractilité de l'iris. Les pupilles sont ordinairement dans un état de dilatation ; presque toujours elles sont immobiles.

Excrétion des matières fécales et des urines. Le plus souvent il y a constipation ; dans quelques cas les selles sont involontaires, ce qui dépend de la paralysie des sphincters de l'anus.

L'émission des urines se fait presque toujours sans que le malade en ait conscience. Si la vessie se trouve paralysée, il y a rétention d'urine.

La durée de l'apoplexie est très-variable.

Lorsque l'épanchement est très-faible, les malades se rétablissent au bout de peu de jours.

Dans une apoplexie ordinaire, la guérison ne s'opère guère avant le vingtième ou le trentième jour ; quelquefois même il en reste des traces après plusieurs mois.

La mort est la terminaison la plus fréquente. Dans quelques cas, elle arrive instantanément ou après quelques momens (apoplexie foudroyante) ; le plus souvent elle dure quatre, six, huit jours, et même plus long-temps.

Il n'est point de maladie plus sujette aux récidives. Il suffit qu'un individu ait eu une attaque pour qu'il doive toujours en craindre de nouvelles ; elles sont plus ou moins tardives, selon l'assiduité du malade à observer le traitement préservatif. L'apoplexie ne se termine pas toujours par la mort ou par le retour à la santé ; beaucoup

de malades restent dans un état de santé douteux. Il survient alors ou un épanchement qui s'opère dans les premiers mois qui suivent l'attaque, ou un ramollissement du cerveau, qui ne se manifeste qu'un, deux, trois ans après l'attaque, quelquefois même plus tard.

Prognostic. Il est toujours fâcheux. D'après M. *Rochoux*, un tiers des malades apportés dans les hôpitaux, succombe; et comme il en est beaucoup qui périssent sur-le-champ, on peut porter, je crois, aux deux tiers le nombre des terminaisons funestes. *Morgagni*, MM. *Serres* et *Riobé*, ont rapporté des exemples de terminaisons favorables.

On peut concevoir quelque espoir si on voit les symptômes s'améliorer après les premières saignées; la respiration et le pouls devenir régulier, la bouche et la langue recouvrer leur rectitude, et les facultés intellectuelles se rétablir. On doit surtout beaucoup espérer si les malades éprouvent un sentiment de fourmillement dans les membres paralysés.

Lorsque les symptômes persistent pendant plusieurs jours avec la même intensité malgré l'emploi des moyens curatifs, on doit craindre une terminaison funeste. *Celse* a dit : *Post sanguinis missionem, si non redit et motus et mens, nihil spei superest.*

La perte absolue de connaissance, l'hémiplégie complète avec refroidissement des membres, la petitesse et l'accélération du pouls, une diminution notable des mouvemens respiratoires, sont des symptômes qui font craindre une mort prochaine.

Ces deux derniers symptômes ont été notés par M. *Serres* comme d'un funeste présage, et je vais en rapporter une observation qui en prouvera la véracité.

I.re OBSERVATION.

Le nommé Jean Duclos, âgé de soixante-dix ans, d'une constitution assez forte, adonné depuis long-temps à l'abus des liqueurs alcooliques, et presque toujours dans un état d'ivresse, venait, le 27 juin 1822,

de manger, lorsque tout à coup il tomba subitement sans parole et sans connaissance. Voici l'état dans lequel nous l'avons trouvé : face un peu colorée, yeux saillans et entr'ouverts, bouche un peu déviée à gauche, paralysie de la jambe et du bras droits, respiration à peu près dans l'état naturel, pouls plein et fort. (Eau de veau, douze sangsues sur le côté du cou, saignée de trois palettes.) Point de mieux. Le lendemain matin, le malade est plongé dans un assoupissement profond ; la respiration, qui la veille était à peu près naturelle, s'est beaucoup ralentie, elle n'offre que douze inspirations par minute ; mais le pouls est devenu plus fréquent, il offre quatre-vingts pulsations. (On réitère la saignée du bras ; on prescrit un lavement purgatif.) Le coma et la stupeur se prononcent de plus en plus, et le malade meurt le soir même, trois jours après l'invasion de la maladie.

Autopsie. Vaisseaux du cerveau et de ses membranes gorgés de sang. Epanchement très-considérable dans le corps strié de l'hémisphère du côté gauche ; l'estomac est un peu enflammé, les intestins sont sains, les poumons n'offrent rien de particulier, le cœur présente une légère hypertrophie du ventricule gauche.

L'autopsie des personnes qui ont succombé à l'apoplexie a constamment fait voir un épanchement sanguin avec des altérations du cerveau dans le lieu même de l'hémorrhagie.

L'épanchement sanguin présente des différences suivant qu'il est récent ou ancien. Si le malade a succombé trois ou quatre jours après l'attaque, le sang se présente sous forme de caillots mous, d'une couleur noirâtre. Ce sang se trouve en plus ou moins grande quantité. Après quelques jours de maladie, il acquiert de la consistance, et il perd un peu de sa couleur. S'il s'est écoulé un ou deux mois entre l'attaque et la mort, on trouve un caillot plus consistant, et assez semblable au sang des tumeurs anévrismales. Plus tard, il devient encore plus compacte ; on le trouve alors baigné par de la sérosité jaunâtre. Enfin, après un ou deux ans, il est entièrement absorbé.

Lésions de la substance cérébrale. Toutes les parties du cerveau ne sont pas également exposées aux épanchemens du sang.

Morgagni, MM. *Rochoux*, *Riobé* et *Serres*, ont observé que les corps striés et les couches optiques étaient les parties qui en étaient le plus fréquemment le siége. Quelquefois l'épanchement existe à la superficie du cerveau ; mais ces cas sont rares. Quoi qu'il en soit, la substance cérébrale malade offre le sang contenu dans une cavité irrégulière, anfractueuse. Les parois de cette cavité sont molles, colorées en rouge dans l'épaisseur d'une à deux lignes. Une couche de substance cérébrale d'un jaune-serin, ayant une à deux lignes d'épaisseur, entoure les parois de ces sortes de cavernes. Lorsque l'épanchement a lieu à l'extérieur du cerveau, le ramollissement jaune est alors moins prononcé. Quand l'épanchement existe déjà depuis long-temps, la cavité est régulière ; elle ressemble à un kyste. A sa surface on voit une espèce de fausse membrane, facile à enlever avec le scalpel ; elle est remplie par un caillot sanguin et un peu de sérosité.

Lorsque le caillot est très-ancien, on trouve la caverne rétrécie ; les parois sont rapprochées et cicatrisées en quelque sorte au moyen de petits filamens qui se rompent avec la plus grande facilité. On trouve toujours un nombre de kystes égal à celui des attaques. *Wepfer* et *Morgagni* ont été les premiers qui ont observé ces kystes.

Après eux, M. *Marandel* en 1807, *Rochoux*, et surtout M. *Riobé* en 1814, ont fixé de nouveau l'attention des observateurs sur les kystes, qui parurent comme des découvertes nouvelles. M. *Lallement* de Montpellier vient de les décrire avec beaucoup d'exactitude, et a prouvé par un grand nombre de faits que c'était vers le trentième jour de la maladie que l'on commençait à apercevoir les rudimens de la membrane dont ils sont formés.

Maladies qui peuvent simuler l'apoplexie. Il est beaucoup d'auteurs qui pensent qu'on peut confondre l'apoplexie avec la *syncope*, l'*épilepsie*, l'*hystérie*, l'*asphyxie*, le *catarrhe suffocant*, l'*hydrocéphale aiguë* ou *chronique*. Je pense que ces affections ont constam-

ment une marche et des symptômes assez différens pour qu'il soit possible de les distinguer. Il n'en est pas de même du ramollissement du cerveau et de l'exhalation du sang dans les ventricules.

Diagnostic. Le diagnostic de ces maladies est souvent difficile, et quelquefois impossible. Je vais m'occuper de ces affections en particulier.

Ramollissement du cerveau. Il est presque toujours possible de distinguer le ramollissement de l'apoplexie par les différences que présente la paralysie dans ces affections. Dans le ramollissement, elle se développe, le plus souvent, avec lenteur; elle commence par un engourdissement du bras, une gêne, puis paralysie des mouvemens; la peau conserve long-temps la sensibilité. Lorsque le ramollissement marche avec rapidité, il se manifeste des symptômes spasmodiques qu'on n'observe point dans l'hémorrhagie cérébrale. La paralysie est alors précédée de mouvemens convulsifs, et accompagnée de contractions permanentes, avec flexion et roideur, comme tétanique, des membres, ou de mouvemens convulsifs intermittens, dont les retours sont plus ou moins réguliers et les intervalles plus ou moins longs. Presque tous les malades qui éprouvent des contractions permanentes, manifestent de vives douleurs quand on veut étendre leurs membres; ceux qui ont des mouvemens convulsifs intermittens se plaignent de douleurs spontanées dans les membres. Ainsi les symptômes spasmodiques, la paralysie lente et progressive, la marche inégale et intermittente, peuvent faire distinguer facilement le ramollissement du cerveau de l'apoplexie.

Malheureusement le médecin est quelquefois appelé lorsque les symptômes spasmodiques ont entièrement disparu; il est impossible alors de distinguer les deux maladies, à moins que l'on n'obtienne des renseignemens exacts sur ce qui a précédé l'arrivée du médecin.

Exhalation de sang dans les ventricules. Cette affection est extrêmement rare, relativement à l'apoplexie, dont il est impossible de la distinguer, les symptômes de ces deux affections étant absolument

les mêmes ; mais, comme elles réclament l'une et l'autre un traitement analogue, il s'ensuit que l'incertitude du diagnostic ne peut influer en rien sur l'indication à remplir.

Traitement préservatif.

Le traitement préservatif consistant particulièrement dans l'observation des règles d'une sage hygiène, je ne peux mieux faire que de suivre cet ordre.

Circumfusa. Les personnes disposées à l'apoplexie habiteront un lieu commode et sain, où l'on n'entretiendra qu'une médiocre chaleur, et dont l'air sera constamment renouvelé ; elles éviteront avec soin un froid trop rigoureux, et se mettront à l'abri des changemens brusques de l'atmosphère.

Applicata. Les vêtemens appropriés aux saisons seront aisés, afin de ne gêner en rien la circulation.

Les lits seront plutôt formés de laine et de crin que de plume et d'édredon, ces dernières substances ayant l'inconvénient de favoriser les congestions cérébrales par la vive chaleur qu'elles entretiennent. Les couvertures seront légères, pour le même motif. La personne menacée d'apoplexie dormira la tête élevée.

Les bains chauds seront proscrits ; on permettra à peine des bains tièdes de propreté.

Les frictions sèches avec une brosse rude ou un morceau de flanelle, en excitant la peau et y déterminant une irritation dérivative, les lotions froides, toujours suivies d'une vive réaction à la surface du corps, seront également utiles.

Ingesta. Le régime se composera d'alimens doux, de facile digestion et en petite quantité (1) ; les végétaux frais en feront la majeure

(1) *Hippocrate* dit avoir préservé, dans l'Elide, Démocrite de l'apoplexie par une longue abstinence.

partie. Parmi ceux-ci, les fruits acidules bien mûrs, les légumes rafraîchissans, la betterave, l'endive, la laitue, la chicorée, les épinards et la plupart des herbes potagères seront préférés. On proscrira avec soin les végétaux âcres, farineux, qui, à une pénible digestion, joignent l'inconvénient de dégager beaucoup de gaz dans le canal alimentaire.

Parmi les substances animales, les viandes blanches, le veau, le poulet, les œufs, les poissons saxatiles et littoraux conviendront exclusivement.

On ne permettra pour boisson que de la limonade, l'orangeade et de l'eau rougie. Les liqueurs alcoholiques, le café, les aromates seront rejetés.

On engagera ceux qui sont disposés à l'apoplexie à se priver des repas du soir, ou au moins à les faire très-légers, et long-temps avant de se coucher; la digestion étant plus lente et plus difficile pendant le sommeil (1). On se relâchera cependant de la sévérité du régime en faveur des vieillards, des personnes débilitées, et de celles accoutumées à une forte alimentation.

Excreta. On aura le plus grand soin d'entretenir les évacuations naturelles. On évitera surtout la constipation, au moyen de lavemens, ou en prenant de temps à autre un doux laxatif. Les évacuations périodiques, tels que les flux menstruel et hémorrhoïdal; les excrétions habituelles, tels qu'un exutoire, un ancien ulcère, ou une éruption cutanée invétérée, seront soigneusement respectées; leur suppression pouvant devenir causes déterminantes de l'apoplexie, on se hâtera de les rétablir; on respectera l'habitude des saignées et des purgatifs de précaution, que quelques personnes contractent.

Gesta. Un exercice modéré suivi d'un repos proportionné sera

(1) M. *Portal* a fait remarquer que, depuis la suppression des soupers à Paris, les attaques d'apoplexie pendant la nuit y étaient bien moins fréquentes.

très-convenable. Le sommeil surtout ne sera pas trop prolongé ; les veilles, les travaux forcés du cabinet seront défendus. On aura soin de varier ses occupations, et de ne pas se livrer trop long-temps à des méditations sérieuses.

Percepta. On évitera avec soin les excès dans les plaisirs de l'amour, toute passion vive, les grandes émotions ; tel qu'un violent emportement de colère, une joie excessive, etc., etc.

Traitement curatif.

L'apoplexie étant toujours causée par une hémorrhagie cérébrale, tous les efforts du médecin doivent tendre, 1.° à arrêter cette hémorrhagie, 2.° à détruire leur tendance à la récidive, 3.° à faciliter l'absorption du sang. On a proposé beaucoup de médicamens comme propres à remplir ces trois indications ; je me contenterai de parler de ceux que l'expérience et le raisonnement ont fait admettre.

Si le médecin est appelé au moment de l'attaque, il fera placer le malade sur son lit ; il aura soin de lui faire tenir la tête et le tronc fortement élevés, cette position étant la plus propre à débarrasser le cerveau du sang qui y afflue.

On pratiquera ensuite une saignée générale, plus ou moins abondante, suivant les forces du malade.

La saignée de la jugulaire est préférable à toute autre ; mais il faut avoir soin d'éviter, quand on la pratique, la compression de cette partie. Lorsqu'on se décide pour la saignée du bras ou du pied, on doit choisir, autant que possible, le côté correspondant à l'épanchement. Dans tous les cas, on doit faire une large ouverture à la veine qu'on a choisie. Il est souvent nécessaire de répéter les saignées. Leur nombre doit être proportionné au degré d'intensité de l'attaque, à l'âge et aux forces du malade, et surtout à l'effet qu'on aura obtenu des premières évacuations sanguines.

Des praticiens recommandables se sont élevés contre l'emploi de la saignée après le repas ; ce moyen, disent-ils, peut donner lieu à une mort subite en déterminant une indigestion. Il est bien certain que des individus frappés d'apoplexie en sortant de table sont morts après avoir été saignés ; mais doit-on attribuer plutôt la mort au remède employé et à l'indigestion qu'à la violence de l'attaque ?

Le malade n'aurait-il pas succombé, si la saignée n'eût pas été pratiquée ? N'est-il pas probable, je dirai même certain, que l'apoplexie était assez violente pour tuer le malade ? Oui, certainement. J'ai vu un très-grand nombre d'apoplexies, tant à la Salpêtrière qu'à Bicêtre, où les évacuations sanguines ont été souvent suivies de succès. Souvent, après leur emploi, il survient des nausées, des vomissemens et des déjections qui débarrassent le tube digestif des matières dont il était surchargé.

Après l'emploi des saignées générales, on doit avoir recours aux saignées locales. On applique des sangsues soit à la partie antérieure du cou, soit à l'anus, ou bien des ventouses scarifiées à la nuque. Ce dernier moyen était souvent mis en usage, et avec beaucoup de succès, par *Arétée*. S'il y avait suppression des menstrues ou d'hémorrhoïdes, on appliquait des sangsues à la vulve ou à l'anus.

Lorsqu'on a débarrassé le cerveau au moyen des saignées générales ou locales, il convient de faire des applications froides sur la tête : les heureux succès qu'en a obtenus M. le professeur *Lallement*, surtout de la glace dans les affections cérébrales, analogues à l'apoplexie, ne laissent aucun doute sur son efficacité. Voici la manière dont on l'emploie : il faut mettre cette glace dans une vessie, qu'on ne remplit qu'à moitié, afin qu'elle se moule sur la convexité de la tête. Tant qu'il reste un morceau de glace qui n'est pas fondu, la température du liquide étant à zéro, il est inutile de la renouveler. Lorsqu'on enlève le liquide, la tête est très-froide ; il faut la laisser se réchauffer pendant un quart-d'heure, ou une demi-heure, et ensuite réappliquer la glace, parce que, sans cela, la réaction qui commence à s'opérer

déterminerait une congestion vers la tête, et l'on aurait produit plus de mal que de bien.

Il est des médecins qui prescrivent l'émétique toutes les fois que l'apoplexie frappe un individu qui sort de table. On ne saurait assez s'élever contre un remède aussi dangereux. Les observations de MM. *Serres* et *Lallement* ne prouvent que trop qu'il a constamment aggravé les symptômes apoplectiques lorsqu'il a été rejeté. Ils ont vu des apoplexies légères, qui bien certainement se seraient terminées heureusement au moyen des évacuations sanguines, se compliquer de l'inflammation du cerveau à l'aide de ce médicament. Eh! comment n'en serait-il pas ainsi? toute l'économie participe à l'ébranlement que produit le vomissement. La face devient rouge, les conjonctives sont injectées, les carotides battent avec force, le sang afflue vers le cerveau ; souvent des vertiges en sont le résultat. En faut-il davantage pour augmenter la congestion cérébrale? Mais l'émétique ne produit pas toujours le vomissement, et cela toutes les fois que le cerveau est gravement affecté : l'émétique donne alors lieu, par son séjour dans l'etomac, à une gastrite. MM. *Serres* et *Lallement* ont ouvert un grand nombre d'apoplectiques qui avaient pris plusieurs grains d'émétique sans qu'on eût obtenu des évacuations ; constamment ils ont trouvé la muqueuse gastro-intestinale enflammée, souvent même ulcérée. Ainsi ce médicament est constamment nuisible, et doit être proscrit du traitement de cette maladie.

Les vésicatoires, les sinapismes, les purgatifs peuvent être fort utiles ; mais on ne doit les employer que lorsque le système sanguin a été désempli.

Dans les premiers jours de l'attaque, on doit interdire au malade toute espèce de nourriture : les boissons rafraîchissantes acidules seront seules administrées.

Lorsque les symptômes alarmans ont disparu, qu'il ne reste plus que la paralysie, on doit relever les forces des malades par des boissons excitantes, toniques, par un régime analeptique.

Depuis quelques années on combat les paralysies qui sont la suite

de l'apoplexie par la *noix vomique*. On ne saurait être trop circonspect dans l'emploi de ce médicament ; il ne convient que lorsque l'épanchement a été absorbé. Si on l'administre avant, les accidens s'aggravent ; il se fait une nouvelle hémorrhagie ; souvent il se déclare une inflammation de la substance cérébrale qui entoure le caillot, et le malade meurt peu de temps après.

Les contractions qui s'observent après son administration ne durent pas ordinairement long-temps ; mais quelquefois elles finissent par persister d'une manière à peu près continue ; les accidens s'aggravent, et le malade meurt. A l'ouverture on trouve la substance cérébrale qui environne le caillot désorganisée, d'une mollesse diffluente, et cela dans une grande étendue.

Je pense donc que le traitement antiphlogistique est le seul qui convienne dans les premiers jours de l'attaque. Plus tard, on permettra une légère nourriture, on prescrira un exercice modéré, l'habitation de la campagne. On terminera le traitement par des stimulans internes et externes, en ayant soin toutefois de prendre les plus grandes précautions. Il vaudrait mieux attendre un temps plus long avant d'y avoir recours que de les employer trop tôt.

II.e OBSERVATION.

Un vieillard de soixante-seize ans, sujet à des vertiges causés par l'abus des liqueurs alcoholiques, fut frappé d'apoplexie le 10 avril 1819. Transporté aussitôt à Bicêtre, les élèves de garde lui font respirer et même lui versent dans la bouche quelques gouttes de sel ammoniaque avec une eau appropriée, et le saignent au bras droit : la paralysie de ce côté était la plus forte. Pendant la saignée, le malade fut pris deux fois de tremblement, et commença à remuer les joues et la bouche : la paralysie semblait faire des progrès sensibles. Mais bientôt, de légers mouvemens convulsifs se manifestant dans la partie droite, l'attaque revint quelques heures après avec plus de force, et fit perir ce malade.

Autopsie. Les vaisseaux de la partie gauche des méninges étaient plus distendus, surtout ceux de la partie gauche de la pie-mère ; il y avait sur l'hémisphère de ce côté un peu de sang épanché. Les ventricules étaient remplis de sang avec rupture du *septum lucidum.*

Je crois, d'après ce que j'ai vu, et principalement d'après les observations des auteurs, qu'il vaudrait mieux saigner le bras sain, comme le dit OEder. (*Dissertat. de dir. et revuls. per ven.* c. 5, §. 29.) Le sang coule plus facilement du bras sain que des veines du bras paralysé.

III.e OBSERVATION.

Antoine Annard, âgé de soixante-huit ans, d'une constitution robuste et sanguine, ayant le cou court, le tronc et les membres volumineux, fut trouvé sans connaissance dans sa boutique le 8 février 1822, et apporté à l'hôpital de Bicêtre. Voici son état : il était couché sur le dos, immobile ; il avait vomi et évacué des matières fécales dans son lit ; le visage était injecté, et la tête penchée à droite ; la pupille droite était plus injectée que la gauche ; déviation sensible de la bouche à droite ; perte absolue de l'intelligence, du sentiment et du mouvement volontaire ; les membres gauches sont paralysés, les membres droits exécutent quelques faibles mouvemens ; la respiration est stertoreuse par intervalles, le pouls est grand, fort et un peu fréquent ; les battemens du cœur sont forts et concentrés. Saignée de la jugulaire de quatre palettes, sinapismes aux pieds, potion calmante. (Le 9 au matin, peu de changement ; quelques secousses convulsives dans le bras gauche ; intermittence et irrégularité du pouls. (Saignée au bras gauche de trois palettes, potion avec huit grains d'émétique, que l'on donne d'heure en heure par cuillerée. La déglutition s'opère facilement ; la respiration est toujours stertoreuse ; le bras le plus paralysé, pincé, a fait un mouvement comme pour se retirer ; légers mouvemens des paupières et du globe de l'œil ; contraction des muscles destinés à mouvoir la mâchoire infé-

rieure; la dilatation de la poitrine ne s'opère facilement que par le diaphragme ; borborygmes, selles involontaires, sueur générale, point de vomissement; ensuite pouls plus inégal, pupilles très-dilatées, déglutition plus difficile. Le 10 au matin, le ronflement stertoreux est moins bruyant et plus continu ; les yeux ouverts roulent dans leurs orbites ; agitation convulsive des ailes du nez et de la mâchoire inférieure, plus prononcée à gauche ; perte absolue de sentiment et de connaissance. Vingt sangsues à chaque tempe, vésicatoires aux jambes ; même potion que le jour d'avant. La moitié des sangsues n'a pas pris ; visage pâle, livide ; pouls petit et très-inégal ; ronflement stertoreux alternant avec des suspensions de l'acte respiratoire ; évacuations alvines involontaires ; point de vomissement. Mort à huit heures du soir, trois jours après l'invasion.

Examen du cadavre. — *Abdomen.* L'estomac contient de la bile, ainsi que le duodénum ; les circonvolutions des intestins grêles sont contractées ; la membrane muqueuse gastrique est généralement rouge et injectée ; le tissu du foie, gorgé de sang, est plus brun et plus fragile que dans l'état naturel ; la vésicule biliaire contient une bile très-noire ; la vessie, distendue par l'urine, s'élève bien au-dessus du pubis ; la veine-cave et les autres gros troncs sont dilatés par le sang liquide qu'ils contiennent ; les deux poumons adhèrent aux parois pectorales, et sont parfaitement crépitans ; le cœur est plus volumineux, les colonnes charnues sont plus grosses, les oreillettes plus épaisses que dans l'état ordinaire : l'aorte, dilatée à son origine, contient des caillots de sang ; sa face interne est jaune, et parsemée de plaques cartilagineuses et ossifiées. — *Crâne.* Les sinus sont gorgés de sang, les méninges sont injectées et comme infiltrées de sang, surtout dans les anfractuosités et à la base du cerveau ; les ventricules sont dilatés par une grande quantité de sang liquide ; l'épanchement est plus considérable dans le ventricule droit que dans le gauche ; le *septum lucidum* est déchiré ; la substance cérébrale n'offre aucun ramollissement ni épanchement sanguin ; elle est ferme ; les artères de la base du cerveau sont pleines de sang à demi-coagulé.

IV.e OBSERVATION.

Celle-ci est d'un sabotier auvergnat, âgé de cinquante-huit à soixante ans, d'un tempérament bilioso-lymphatique, ne présentant aucune disposition physique à l'apoplexie, et libre de toute mauvaise habitude. Un jour, après avoir travaillé comme à son ordinaire, il manifeste à l'heure du souper un plus grand appétit que de coutume, et le satisfait en mangeant une forte soupe, et par dessus une assez grande portion de salade. Son souper terminé, il se sent mal à son aise, et ne peut résister à ses fréquentes envies de dormir. Il se dispose à les effectuer; mais au moment où il veut monter sur son lit, il éprouve des tournoiemens de tête et des éblouissemens suivis d'envies de vomir, qui n'ont pas lieu, et tombe avec perte de connaissance et de mouvement; il est aussitôt relevé et placé sur son lit. Arrivé près du malade, j'observe les symptômes suivans : paralysie, insensibilité générale, yeux fixes, avec pupilles dilatées; face couleur lie de vin, avec augmentation très-marquée de chaleur; lèvres gorgées de sang veineux, respiration stertoreuse, battemens précipités des artères carotides et temporales; pouls dur et fréquent; plus la respiration se ralentit, plus la circulation augmente; refroidissement des membres inférieurs. Ces symptômes ne laissant aucun doute sur l'indication à suivre, et ne pouvant, malgré l'urgence du cas, pratiquer la saignée, parce que je n'avais pas sur moi d'instrumens convenables, je fais appeler incontinent mon collègue et ami, M. *Pejoux*, docteur en médecine. Son diagnostic, semblable au mien, il touche le pouls du malade, et l'activité des symptômes ne lui permettant pas pas de temporiser, il fait une large ouverture de la veine jugulaire; un sang noir et épais sort en bavant. A peine en est-il sorti la valeur de deux palettes, que le pouls devient plus souple, moins fréquent, la chaleur et la rougeur du visage diminuent, et à mesure que le sang continue à couler la respiration devient plus facile, et toutes les autres fonctions tendent à se rétablir. M. *Pejoux* fait ensuite appli-

quer des sinapismes aux pieds, et en une demi-heure nous avons la douce satisfaction de voir toutes les fonctions revenir à leur type naturel. Mon ami passe la nuit auprès du malade; il lui fait administrer un lavement purgatif, et lui donne par intervalles quelques verres de limonade tartareuse. Le malade dort d'un sommeil bien tranquille, et éprouve à son réveil quelques maux de tête suivis de bourdonnemens. Application de quinze sangsues à l'anus. Disparition des maux de tête et des bourdonnemens; il ne reste plus que de la faiblesse, qui se dissipe à mesure que le malade prend des alimens. Enfin santé parfaite deux jours après l'invasion.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Qui naturâ valdè crassi sunt, magis subitò moriuntur, quàm qui sunt graciles. *Sect.* 2, *aph.* 44

III.

Apoplectici autem fiunt maximè ætate ab anno quadragesimo usque ad sexagesimum. *Sect.* 6, *aph.* 57.

IV.

Apoplexiæ contingunt hyeme. *Sect.* 5, *aph.* 23.

V.

Solvere apoplexiam vehementem quidem, impossibile; debilem verò, non facile.

VI.

Quibus sanguinem auferre conducit, his vere venam secare oportet. *Sect.* 7, *aph.* 53.